



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212250182

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		Maria Guadalupe	Primer Apellido	Segundo Apellido								
	2. FECHA DE NACIMIENTO	15/06/1950	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosi							
	Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)								
	5. CURP		E1XG500615MSPNxD02	Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	Se ignora <input type="radio"/> 99				
	8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más Años cumplidos	0 7 1	Se ignora <input type="radio"/> 99					
	Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99					
						Venustiano Carranza	10. RESIDENCIA HABITUAL	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad				
	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		27 Localidad	Tanlajaz	Tanlajaz	San Jose Xilitla	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
	79811					Jan Luis Potosi				10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
	11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	Primaria <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 7	Secundaria <input type="radio"/> 5 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Ama de Casa		Se ignora <input type="radio"/> 99	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEG. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	SEMAr <input type="radio"/> 6	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación					
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5	SEDAEna <input type="radio"/> 6	Hospital General de Ciudad Valles		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12			
			IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDAEna <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99			
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		S/N	Carretera Fraccionamiento Ciudad Valles	Mexico - Laredo Km 7 Lomas de Oxitalpa	Ciudad Valles	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.10 Entidad federativa			
	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	79090	15.5 Tipo de asentamiento humano					San Luis Potosi				
	15.7 Código Postal	15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía									
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	13/09/2021	19:40	16.1 Dia	16.2 Mes	16.3 Año	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
									Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	13 días			
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		PARTE I		Causa 1: COVID - 19		Causa 2: Insuficiencia Renal Aguda		Causa 3: Insuficiencia Respiratoria		Causa 4: Diabetes Mellitus		
			PARTE II		Causa 5: Debido a (o como consecuencia de) COVID - 19		Causa 6: Debido a (o como consecuencia de) Insuficiencia Renal Aguda		Causa 7: Debido a (o como consecuencia de) Insuficiencia Respiratoria		Causa 8: Debido a (o como consecuencia de) Diabetes Mellitus		
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		
					43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial <input type="radio"/> 6		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
			Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3		taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6		
							Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)		Calle o carretera <input type="radio"/> 4		rancho o parcela) <input type="radio"/> 7		
							Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8		
											Se ignora <input type="radio"/> 99		
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:										
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad				22.7.2 Nombre de la vialidad						
	22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano				22.7.6 Nombre del asentamiento humano						
	22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad				22.7.9 Municipio o Alcaldía				22.7.10 Entidad federativa		
	23. NOMBRE		Leonila Garcia		Asuncion		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)						
	Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Noria						
	25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3		Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		10893314		Número de la cédula profesional		
	27. NOMBRE		Domingo Palacios		Comprón		28. FIRMA						
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Corretera		Mexico - Laredo Km 7 S/N		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano		
	29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad										
	29.6 Nombre del asentamiento humano		79090		cd. valles								
	29.9 Municipio o Alcaldía		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO										
	Número _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad										